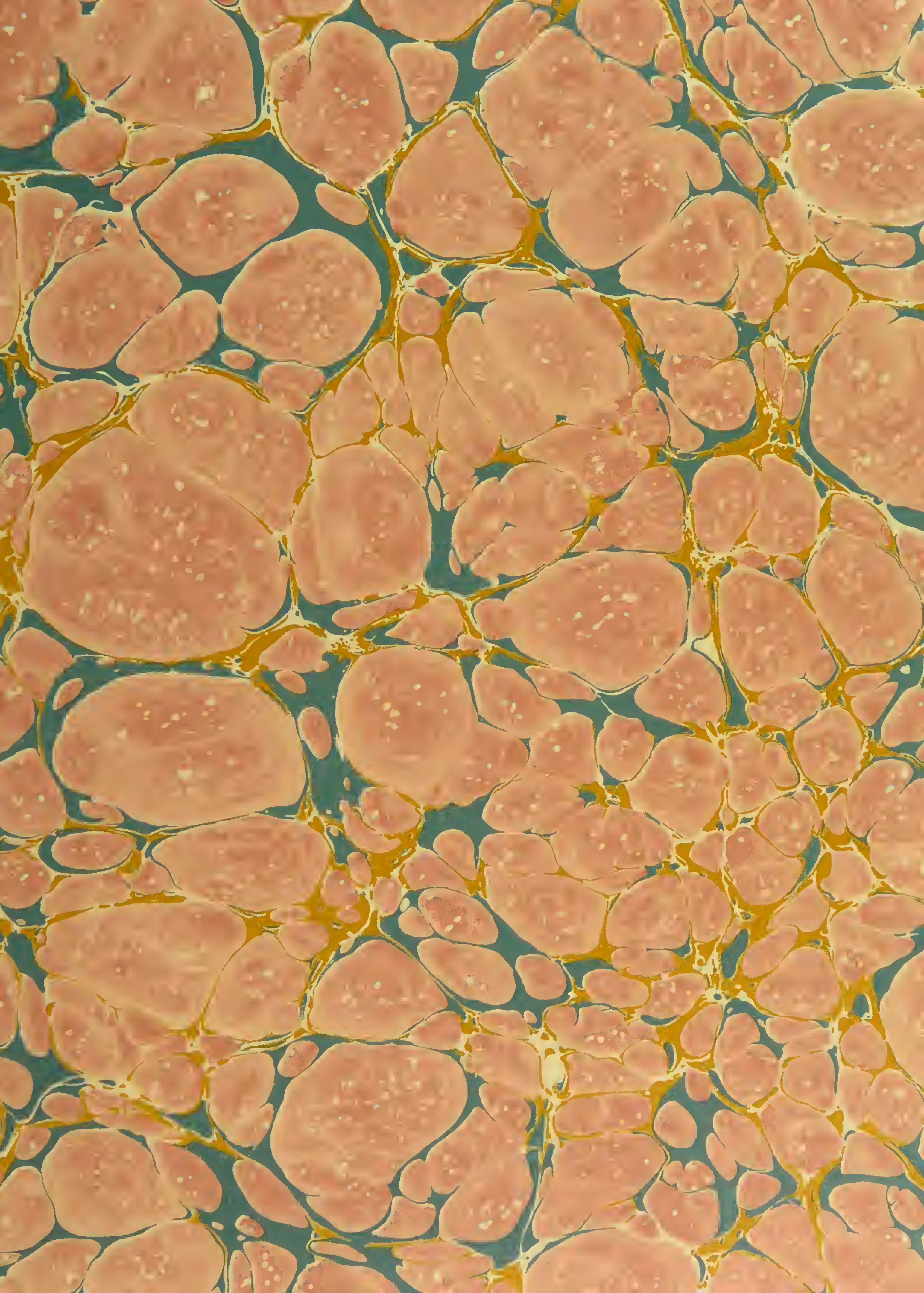


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 83.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 13 *avril* 1840,

Par AUGUSTIN-RENÉ BELLANGER, de Melleray

(Sarthe).

I. — De la ligature des artères suivant la méthode ancienne. Quels sont les avantages et les inconvénients de la ligature des artères suivant cette méthode? Y a-t-il des cas auxquels elle convient?

II. — Sur quel point de l'intestin vient s'implanter le pédicule de la vésicule ombilicale? Déterminer si on trouve des vestiges de cette vésicule à toutes les époques de la vie.

III. — Comment reconnaître l'acide acétique mélangé avec la matière des vomissements?

IV. — Quelle est la valeur des signes fournis par les enduits de la langue?

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX.

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1840

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	....
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN, Président.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON. ROUX. VELPEAU, Examinateur.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT, Examinateur.
BOUCHARDAT.
BUSSY.
CAPITAINE.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
DANYAU, Examinateur.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GOURAUD.
GUILLOT.
HUGUIER.

MM. LARREY.
LEGROUX.
LENOIR.
MALGAIGNE.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
ROBERT.
RUFZ.
SÉDILLOT.
VIDAL.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

De la ligature des artères suivant la méthode ancienne. Quels sont les avantages et les inconvénients de la ligature des artères suivant cette méthode ? Y a-t-il des cas auxquels elle convient?

L'idée qui se présenta naturellement à nous en examinant cette question pour la première fois fut qu'elle devait être envisagée sous le double point de vue de la ligature appliquée aux anévrysmes et aux hémorrhagies de causes externes. Pourtant, en réfléchissant qu'il est presque de convention, en chirurgie, de ne parler de méthode ancienne que lorsqu'il s'agit de l'opération de l'anévrysme, et en considérant, d'un autre côté, que les praticiens sont généralement d'accord sur l'avantage d'une méthode directe pour remédier aux hémorrhagies dont nous venons de parler (1), nous nous sommes facilement persuadé que ce n'était pas sur ce dernier point, mais bien sur le premier que devait rouler ce que nous avons à dire. Regardant donc comme démontrés les avantages de la ligature suivant la méthode ancienne, dans les cas de plaies traumatiques des artères, nous ne parlerons de cette méthode

(1) Quelques circonstances, comme l'impossibilité de reconnaître le vaisseau qui fournit le sang, sa situation profonde, son enclavement entre des os, peuvent obliger à recourir à la méthode d'Anel.

que sous le rapport de l'application qu'on peut en faire au traitement de l'anévrysme.

L'opération de l'anévrysme, suivant la méthode ancienne, consiste à ouvrir la tumeur, à la débarrasser de ce qu'elle contient, et à lier l'artère au-dessus et au-dessous de son altération ou de son ouverture : elle suppose, comme on le comprendra facilement, la possibilité d'établir la compression entre le cœur et le siége du mal, car il est bien évident que, sans cette condition, il ne serait pas permis de recourir à une méthode qui va faire communiquer largement le vaisseau avec l'extérieur.

Le chirurgien, appelé pour une opération de cette nature, doit, avant de passer outre, s'assurer par lui-même qu'il a à sa disposition tous les instruments qui pourront lui devenir nécessaires. Une lumière, des alèzes, une éponge, de l'eau froide, plusieurs bistouris, les uns à tranchant droit, les autres à tranchant convexe; des pinces à dissection, ou le tenaculum dont se servent ordinairement les Anglais; des fils récemment cirés, afin qu'ils jouissent plus sûrement de propriétés adhésives; une sonde cannelée, une algalie de femme ou un gros stylet, si on agit sur un vaisseau de petit calibre; une aiguille de Deschamps, dont la courbure sera en rapport avec la profondeur de la plaie : tels sont les objets indispensables en pareille circonstance.

Ce premier devoir rempli, l'opérateur s'occupera de donner au malade une position qu'il n'est pas possible d'assigner, puisqu'elle est susceptible de changer comme le siége de la tumeur, mais qui devra cependant toujours être telle, qu'il puisse le plus commodément possible exécuter les mouvements que nécessitera l'opération; puis il procédera à la recherche de la direction du vaisseau sur lequel il se propose d'opérer. Cette recherche offre quelquefois les plus grandes difficultés, surtout dans les circonstances qui nous occupent, et cela, en raison du volume de la partie de sa déformation, et des changements de rapport qu'a pu y déterminer la maladie; c'est ici surtout que l'on a besoin de connaissances positives, soit en physiologie, soit en anatomie pathologique des artères, si l'on veut ap-

préeier exactement les désordres en présence desquels on se trouve: sans cela, point d'opération de cette nature; laissez peser sur un autre une responsabilité aussi grave.

Mais, avec ces connaissances, le chirurgien pourra toujours parvenir à reconnaître assez bien la direction du vaisseau, pour pouvoir agir avec une sécurité parfaite, surtout s'il s'aide dans ses recherches, et des notions que lui fournira l'examen de la partie saine comparée à celle où siége le mal, et de celles, bien plus précieuses encore, que lui fourniront les saillies osseuses environnantes; elles qui, conservant leurs rapports au milieu du désordre des parties molles, sont là comme des jalons fidèles à l'aide desquels il ne peut manquer d'arriver à son but.

Quand il aura ainsi déterminé la direction du vaisseau, la dernière chose qui lui reste à faire est d'interrompre le cours du sang dans son trajet. Soit qu'il obtienne ce résultat en se servant des moyens mécaniques des anciens, soit, ce qui se fait généralement aujourd'hui, qu'il se remette de ce soin sur un aide dont les connaissances chirurgicales lui seront connues, l'absence de battements dans la tumeur lui apprendra que la compression est exercée d'une manière convenable: alors prenant de la main droite un bistouri, qu'il tient comme une plume à écrire, et tendant, avec les quatre doigts de la main gauche, d'une part, et le pouce, de l'autre, la partie de la peau sur laquelle va agir l'instrument tranchant, il la divise dans une direction qui devra toujours être parallèle à celle de l'artère, quelle que soit la forme de la tumeur, ou même la situation de la plaie, s'il en existait une, cas dans lequel on ne devrait la comprendre qu'autant qu'elle aurait elle-même une direction parallèle à celle du vaisseau.

Quant à l'étendue qu'il faut donner à la section des téguments, nous ne pensons pas qu'il soit toujours nécessaire de la prolonger de deux ou trois pouces de chaque côté au delà de la tumeur, et cela, parce qu'il n'est pas rare de trouver des anévrysmes énormes en même temps que les lésions artérielles sont des plus circonscrites. Pourtant, nous comprenons qu'il y aurait peu d'inconvénients à la faire trop grande,

tandis qu'il y en aurait beaucoup à la faire trop petite, puisque par là on rendrait d'une exécution difficile ce qui reste à faire pour terminer l'opération.

Ce premier temps achevé, on doit, à l'exemple de Boyer, entrer avec confiance dans l'intérieur de parties que la suppuration doit détruire; trop de circonspection dans une pareille circonstance n'aurait que le désavantage de prolonger inutilement l'opération. Le chirurgien plongera donc hardiment le bistouri vers la partie moyenne du sac, introduira l'indicateur gauche par l'ouverture qu'il vient de pratiquer, examinera par ce moyen ce qui se passe à l'intérieur du mal, après quoi il achèvera de donner à l'ouverture la grandeur convenable, en dirigeant l'instrument à l'aide de l'indicateur resté dans l'intérieur de la plaie. Au moment où le bistouri pénètre dans la tumeur, il est assez ordinaire, et cela est constant lorsqu'il s'agit d'un anévrysme encore récent, de voir s'échapper un jet de sang considérable. rouge-vermeil; ce phénomène n'a rien qui doive alarmer ceux qui ne sont pas habitués à ces sortes d'opérations; le jet n'est pas saccadé, comme cela serait si la compression n'était pas établie; d'ailleurs, il disparaît trop promptement pour que l'on puisse concevoir de véritables craintes.

C'est seulement après ce second temps de l'opération qu'il faut passer à la ligature de l'artère; mais avant, il est de précepte de débarrasser le sac des différents produits qui s'y trouvent, tels que sang, liquide, caillots, concrétions fibrineuses, et autres résultant des altérations que peut subir le sang, en raison surtout de son séjour plus ou moins prolongé dans l'intérieur du foyer. Par ce moyen, on parviendra bien plus facilement, en examinant le fond de la plaie, à reconnaître le point du vaisseau qui a été intéressé, ce qui ne laisse pas d'avoir une grande importance. Il est ordinairement situé à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la tumeur; une tache jaune, qui n'est autre chose que la face interne de la paroi de l'artère opposée à celle qui a été lésée, en signale la présence. Dans tous les cas, si ces indices venaient à manquer, il suffirait toujours de faire cesser un ins-

tant la compression pour que le jet de sang qui s'échapperait alors vînt mettre l'opérateur à même de reconnaître l'ouverture qui a amené les accidents. C'est par cette ouverture qu'il faut introduire dans le vaisseau, et d'abord dans le bout supérieur, une algalie ou un gros stylet, si le calibre de l'artère ne permettait pas l'introduction du premier de ces instruments. Ce procédé, employé par Boyer avant de passer la ligature, paraît on ne peut plus avantageux; car, outre la direction des vaisseaux, qui n'est pas toujours bien connue, et qu'il fait connaître, il a encore le précieux avantage de rendre plus facile cette dissection quelquefois si pénible, et toujours indispensable, que l'on doit faire dans le but d'isoler l'artère des parties environnantes, avant d'y appliquer la ligature.

Je viens de dire qu'il était indispensable d'isoler l'artère pour la lier; c'est un point sur lequel, je pense, il serait inutile d'insister aujourd'hui. En effet, si des essais récents de la part de chirurgiens de mérite tendent à prouver que l'on peut, chez certains animaux, comprendre impunément, dans le même lien, l'artère avec sa veine ou son nerf satellite : la pratique journalière n'a pas confirmé d'aussi heureux résultats sur l'homme; loin de là, elle n'a malheureusement que trop prouvé, chez ce dernier, que l'on ne pouvait, sans s'exposer aux accidents les plus graves, comprendre dans la même ligature l'artère avec sa veine ou le nerf satellite, bien entendu que nous parlons ici du principal nerf ou de la principale veine d'un membre, car, pour les veinules ou les filets nerveux qui se rendent à la gaîne celluleuse du vaisseau, non-seulement on peut les comprendre dans la ligature, mais on le doit, car il n'y a aucun inconvénient à le faire, et par là on abrége considérablement l'opération.

Mais comment faire cette dissection? Ira-t-on, comme le conseillent certains auteurs, diviser, couche par couche, les différentes lames qui composent la gaîne commune des vaisseaux, à l'aide du manche d'un scalpel et de la sonde cannelée, ou bien tâchera-t-on, avec d'autres, d'arriver au même but à l'aide de l'instrument tranchant manié avec toute la prudence requise en pareille circonstance?... L'un et l'autre

procédé a ses inconvénients. Dans le premier, la contusion que l'on exerce nécessairement sur une étendue plus ou moins considérable de l'artère a fait craindre, et à bon droit, je pense, une inflammation ulcérative au delà de la ligature, et de là l'hémorrhagie avant l'oblitération du vaisseau. Quant à l'autre procédé, le danger d'intéresser, au milieu de parties quelquefois profondes, peu distinctes, un organe à l'intégrité duquel le succès de l'opération paraît si intimement lié, a fait qu'il a été rejeté par des praticiens également recommandables. Nous croyons qu'il ne faut pas être exclusif; que le premier procédé convient lorsque la maladie a tellement confondu les différents tissus, qu'il n'est plus possible de les distinguer entre eux, comme cela se rencontre assez souvent dans les anévrysmes que l'on opère d'après la méthode ancienne; tandis que nous pensons qu'un chirurgien expérimenté peut, avec avantage, employer le second lorsqu'il agit sur des parties saines, bien distinctes, par exemple, dans la même opération, d'après la méthode d'Anel. Au reste, quel que soit le procédé pour lequel on se décide, on ne devra jamais oublier qu'il faut, le moins possible, détruire les adhérences qui unissent l'artère à la gaîne commune; c'est un bon moyen de diminuer les chances de l'inflammation et des accidents qui en sont la suite.

L'artère ainsi isolée, on la saisit sur la sonde avec le pouce et l'index de la main gauche. Introduite le plus profondément possible dans la plaie, on la soulève un peu si des adhérences trop fortes ne s'y opposent; puis, on passe au-dessous la ligature, au moyen de l'aiguille de Deschamps, que l'on introduit ordinairement entre le nerf et l'artère, sur la face dorsale de l'un des doigts, pour la faire sortir du côté opposé sur la même face de l'autre doigt. Retirant alors la sonde, on s'assure que l'opération est bien faite, si, appuyant l'indicateur gauche sur la partie du vaisseau qui repose dans l'anse de la ligature, et tirant les deux chefs en sens opposé avec la main droite, on peut faire cesser la compression sans que le sang ne jaillisse à l'extérieur: dans ce cas, il faut rétablir la compression, et faire sur le vaisseau un nœud simple assez serré pour interrompre complétement le cours du sang,

ce dont on s'assure en faisant de nouveau cesser la compression. On arrête le premier nœud par un second, et l'on agit sur le bout inférieur de l'artère absolument comme nous venons de le faire pour le bout supérieur.

Autrefois, on avait l'habitude de faire un double nœud (nœud du chirurgien), mais on a reconnu que ce nœud était peu propre à rapprocher exactement les parois d'un vaisseau, pour peu qu'il fût un peu volumineux : aussi, l'a-t-on banni de la science, surtout depuis que son emploi entre les mains de Chopart a été suivi d'accidents si graves.

Telle est la manière d'opérer l'anévrysme d'après la méthode ancienne, avec quelques-unes des modifications qu'on y a apportées dans ces derniers temps; autrefois il était de précepte de laisser au-dessus de la ligature, pour le bout supérieur, et au-dessous, pour le bout inférieur, plusieurs ligatures appelées *ligatures d'attente.* Ces liens passés sous le vaisseau sur lequel ils n'exerçaient d'ailleurs aucune constriction, étaient destinés à opposer un remède prompt aux hémorrhagies qui ne sont pas rares après cette opération. Aujourd'hui, on a généralement abandonné ces ligatures d'attente; la pratique et les expériences de M. Breschet ont fait voir que non-seulement elles n'étaient pas propres à remédier à l'accident contre lequel on les employait, mais encore qu'elles pouvaient y donner lieu, et cela en déterminant dans le voisinage, comme corps étranger, une inflammation qui peut se communiquer au vaisseau et en amener la rupture.

Quant aux substances que l'on a fait entrer dans la composition des ligatures, à la forme qu'on leur a donnée, il me suffira, je crois, de dire que tous les essais faits à ce sujet n'ont eu aucun résultat avantageux bien réel, et qu'une ligature végétale ronde, plutôt petite que grosse, telle, enfin, qu'on l'emploie généralement aujourd'hui, peut très-bien remplacer tout ce qu'on a mis en usage jusqu'à ces derniers temps.

Passons maintenant à l'autre point de notre question, c'est-à-dire

à l'examen des avantages et des inconvénients de la méthode ancienne, et à l'énumération des cas où elle convient.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur l'état actuel de la science, on a lieu d'être surpris de voir que la méthode ancienne, à peu près la seule employée autrefois, si heureuse dernièrement encore entre les mains du grand Boyer, qui ne recourut jamais à une autre dans sa longue et brillante pratique, soit à peu près complétement oubliée. C'est la méthode d'Anel qui la remplace en presque toutes les circonstances. Sans doute, cette dernière a sur elle des avantages bien réels, que nous sommes loin de chercher à contester; mais n'en aurait-on point un peu trop généralisé l'application de nos jours? C'est une question à laquelle il ne nous appartient pas de répondre... Pourtant, nous dirons en faveur de la méthode ancienne, que l'on devrait attacher de l'importance à l'avantage qu'elle a d'agir directement sur le mal, de débarrasser un malade, qui le demande souvent lui-même, d'une tumeur quelquefois énorme, douloureuse, toujours gênante, qui, si on la laisse en place, peut devenir le siége de cette fonte putride redoutable, presque nécessairement mortelle, comme on peut le voir dans des observations recueillies par Scarpa, Pelletan, Hunter.

Une autre circonstance en faveur de la méthode directe est d'être, plus que celle de Hunter, favorable au rétablissement de la circulation. Par elle, en effet, on ne sacrifie que la partie du vaisseau actuellement sous le coup de la maladie; on conserve entre le cœur et la ligature le plus grand nombre possible de collatérales. Or, si l'on considère maintenant, d'une part, que sans le rétablissement de la circulation le but de l'opération est manqué, et, de l'autre, que c'est par les vaisseaux secondaires que ce rétablissement si nécessaire au succès doit s'opérer, on n'hésitera pas, je pense, à se prononcer pour la méthode ancienne sous ce nouveau rapport. Dans ces derniers temps, il est vrai, des expériences faites sur des animaux, appuyées d'observations d'anatomie pathologique, tendraient à prouver que la circulation se rétablit toujours assez, quel que soit le nombre de collatérales sacrifiées.

S'il en est ainsi, ce serait un reproche de moins à faire à la méthode d'Anel; mais nous ne sommes pas bien convaincu, et nous doutons, il faut l'avouer, que dans deux cas où nous supposons l'une et l'autre méthode applicables, quant au manuel opératoire, on puisse avec les mêmes chances de succès sacrifier ou conserver à la circulation une collatérale considérable, telle que la fémorale profonde à la cuisse, la collatérale externe au bras.

En présence de ces avantages qui, selon nous, doivent faire conserver exceptionnellement la méthode ancienne dans la pratique, nous placerons les raisons qui ont contribué à la faire abandonner. Elles sont nombreuses, et méritent la plus grande considération. En effet, s'il n'y avait que la douleur, la difficulté d'opérer sur des parties déformées, l'impossibilité quelquefois absolue de s'assurer que l'on n'a compris que le vaisseau dans la ligature, ce serait là de ces petits inconvénients qui disparaissent en partie devant un chirurgien habile. Mais l'hémorrhagie, qui fait si souvent échouer l'opération de l'anévrysme d'après la méthode directe, et qui surviendra infailliblement si la ligature ne repose pas sur une partie saine du vaisseau, dépend-il également de l'habileté du chirurgien de s'y opposer? Ce n'est pas là tout : et ces inflammations produites par le contact de l'air sur un vaste foyer sanguin, ces suppurations abondantes qui les suivent, la phlébite, la mort qui survient ordinairement alors... Terminaison assez rare, il est vrai, mais qui a pourtant été observée assez de fois pour que les meilleurs praticiens aient cru devoir réserver son emploi pour des cas tout à fait exceptionnels.

D'après ce que nous venons de dire, nous concluons, tout en avouant les désavantages de la méthode ancienne, qu'il y a pourtant des circonstances qui réclament exlusivement son emploi, sous peine des accidents les plus graves. Tels sont les cas d'anévrysme, quelle que soit leur nature, qui offrent une tumeur énorme, mal circonscrite, douloureuse, menacée d'inflammation ou d'ulcération; ceux où cette même tumeur, soit à raison de sa situation, soit à cause de son volume, au-

rait causé dans la circulation veineuse et lymphatique de la partie une gêne telle qu'il en serait résulté un gonflement œdémateux énorme, menaçant prochainement de gangrène; dans ces circonstances, il n'y a pas à hésiter, il faut ouvrir le sac : c'est le seul moyen d'éviter les accidents dont le malade est menacé.

Quant à l'emploi de la méthode ancienne dans les anévrysmes traumatiques primitifs, nous croyons encore qu'elle convient parfaitement dans la plupart des cas; pourtant nous ne serons pas exclusif sur ce point, comme le célèbre chirurgien anglais Guthrie, et nous pensons que certaines complications, comme fracture, ou plaie d'armes à feu, etc., demandent qu'à l'exemple de Dupuytren on ait recours à la méthode d'Anel, tant pour éluder les difficultés, que pour éviter de mettre les parties au contact de l'air.—Nous dirons, enfin, que ce n'est point à la méthode nouvelle qu'il faut recourir dans le cas d'anévrysme variqueux; les expériences de M. Breschet, les malheureux résultats qu'en a obtenus M. Dupuytren, prouvent clairement son inefficacité dans ces sortes d'affections. La méthode ancienne, en s'opposant au passage du sang veineux dans l'artère, est la seule applicable dans cette circonstance.

Ici se termine ce que nous avons à dire sur notre question: deux mots seulement au sujet du traitement secondaire.

Il est des plus simples : quelques boulettes de charpie sèche ou saupoudrée de colophane introduites dans la plaie, un gâteau de charpie épais, par-dessus une légère compresse, et quelques tours de bande peu serrés, afin qu'ils ne nuisent pas au rétablissement de la circulation, tel est l'appareil qui paraît le plus convenable. On donne à la partie une position qui favorisera le plus possible le cours du sang; on l'entoure de moyens propres à y entretenir le calorique qui diminue ordinairement après cette opération, en même temps que le pouls s'efface. Des morceaux d'étoffe, des sachets de sable chaud, pourvu qu'ils n'exercent aucune pression nuisible, peuvent également concourir à ce but. On ne renouvelle ordinairement ce pansement que lorsque la suppuration commence à détacher les pièces d'appareil,

c'est-à-dire quatre à cinq jours après qu'il a été appliqué (1). Le lendemain, lorsque la réaction produite par l'engorgement des capillaires se fera sentir, on aura soin de soustraire les corps destinés à entretenir la chaleur. La suite du traitement offre la même simplicité, à moins qu'il ne survienne des accidents, tels que des hémorrhagies, gangrènes, etc., cas qui demandent des traitements différents, et qu'il n'entre pas dans notre sujet de décrire.

II.

Sur quel point de l'intestin vient s'implanter le pédicule de la vésicule ombilicale? Déterminer si on trouve des vestiges de cette vésicule à toutes les époques de la vie.

Il eût été à désirer, dans l'intérêt de la science, qu'une question de cette nature fût tombée entre les mains d'un homme qui a des connaissances en embryologie, eût pu joindre quelques expériences dirigées dans le but d'éclaircir le point qui va nous occuper; celui-là, peut-être, fût parvenu à quelques résultats satisfaisants: par là, il eût rendu un véritable service à la science, car sur ce point au moins on se fût entendu à l'avenir, et il n'y eût plus eu de ces contradictions qui arrêtent et découragent à chaque instant celui qui veut pénétrer le mystère dont la nature s'entoure, quand elle procède à l'organisation des êtres. Pour nous, qui ne réunissons ni l'une ni l'autre de ces conditions, nous n'eussions pas hésité à mettre notre question sous la forme de propositions; mais la crainte de passer pour y mettre de la mau-

---

(1) M. Lisfranc lève le premier appareil dès le lendemain; mais il apporte au pansement quelques modifications, dans le but de rendre cette levée aussi peu douloureuse que s'il eût attendu la suppuration.

vaise volonté nous a décidé autrement; ainsi, faute de pouvoir mieux, nous résumerons, autant qu'il sera en nous, l'état de la science sur le point en question, persuadé que l'on ne demandera pas de nous autre chose, puisque l'on sait que nous n'avons pu nous trouver dans des circonstances qui nous eussent mis à même de parler d'après des observations propres.

Lorsqu'on parcourt les ouvrages des anciens naturalistes, il est facile de se convaincre qu'ils n'avaient aucune connaissance de la vésicule ombilicale chez l'homme et chez les mammifères en général; c'est à une époque bien plus rapprochée de la nôtre qu'il faut descendre pour trouver quelques idées qui y aient rapport, encore ces idées sont-elles si confuses, que nous pourrions demander, avec M. Velpeau, si c'était bien de la vésicule ombilicale que voulaient parler ceux qui en ont tracé les premières esquisses.

Albinus, le premier, paraît avoir vu la vésicule ombilicale; il aperçut même son pédicule, car il semble évident que c'est de ces deux objets qu'il veut parler, lorsqu'il dit (*Anat. academ. annotat.*, lib. I, cap. 19): « Prætcrea filum ab ipso usque ventre embryonis pertinens ac desi- « nens in vesiculam puro limpidoque distentam humore hydatis « specie. » Il ajoute ensuite que cette vésicule était logée dans un infundibulum formé par l'amnios. Actuellement il ne serait pas permis de douter que ce fût bien réellement la vésicule qui s'offrit à l'observation du naturaliste; mais la reconnut-il cette vésicule ? Ces mots *hydatis specie* tendraient à faire croire qu'il la prit pour une hydatide d'une forme particulière; du reste, c'est au texte que nous venons de rapporter que se borne tout ce qu'a dit Albinus sur ce sujet; et l'on voit que s'il y avait là de quoi éveiller l'attention des ovologistes, il y avait loin pour arriver à une connaissance pleine et entière de la vésicule ombilicale, telle que nous l'avons aujourd'hui.

Nous pourrions encore citer, comme ayant eu connaissance de la vésicule ombilicale, Hunter, Blumenbach, Wrisberg surtout, qui nous en a laissé une assez bonne idée; mais c'était à constater l'existence

de cet organe que semblait se borner tout le savoir de ces naturalistes, qui d'ailleurs ne laissent nulle part à soupçonner qu'ils aient entrevu le rôle important qu'il joue dans l'ovologie.

C'était à notre époque qu'il était réservé de débrouiller ce point vraiment intéressant dans l'histoire naturelle, et MM. Oken, dont je n'ai pu me procurer le mémoire sur la vésicule; Dutrochet, par ses recherches sur les ovipares; Velpeau, sur l'œuf humain; Costes, Delpech, Burdach, Serres, de la Pitié, devaient se partager l'honneur d'établir l'existence de la vésicule et de ses fonctions, sur des expériences si nombreuses et si concluantes, que l'on ne comprendrait pas que des hommes si recommandables d'ailleurs, Osiander, Dœllinger, Samuel, pussent encore, de nos jours, la regarder comme un être chimérique dans l'espèce humaine, si l'on ne savait toutes les difficultés que doivent entraîner des recherches sur un point d'anatomie aussi délicat, et si l'on ne réfléchissait que dans les cas d'ailleurs si rares qui se présentent à l'observation; à peine en est-il un sixième, d'après M. Velpeau, qui offre à l'examen les conditions normales sans lesquelles on ne peut arriver à aucun résultat.

La vésicule ombilicale (*synonymie:* vitellus, membrane vitelline, vésicule intestinale, intestin externe de M. Flourens) est chez les mammifères l'exacte répétition du sac vitellin chez les oiseaux, avec cette différence seulement que, quelle que soit l'époque à laquelle on l'examine chez les premiers, jamais on ne la trouve à l'état de sac, comme cela a lieu les premiers temps de l'incubation chez les ovipares. De consistance à peu près égale aux autres membranes de l'œuf, sa texture serait éminemment vasculaire d'après M. Serres, et ce serait de la réunion, en deux troncs, des vaisseaux qui couvrent sa surface que tireraient leur origine les vaisseaux omphalo-mésentériques ou vitellins qui vont se rendre dans la veine et l'artère mésaraïque supérieure. Essentiellement destinée, comme le sac vitellin, à fournir aux premiers développements du germe, comme lui elle contient un fluide jaunâtre mucilagineux, qui a la plus grande analogie avec le *vitellus;* comme lui aussi, sans doute, elle préexiste à l'être qui puisera la vie à ses dé-

pens, aussi lui trouve-t-on un volume (Meckel) supérieur à celui de l'embryon, lorsqu'on l'examine peu de temps après la fécondation. Du reste, susceptible de changer, soit pour la forme, l'aspect, les dimensions, à mesure qu'on l'examine dans les différentes espèces d'une même famille (excepté chez l'ovipare, où sa forme est toujours la même), on peut dire que la vésicule échapperait souvent aux investigations les mieux dirigées, si l'on n'avait, pour éviter l'erreur, son pédicule et ses vaisseaux, eux qui, se rendant toujours à des points à peu près déterminés, empêchent qu'on ne la confonde avec les objets environnants, la vésicule allantoïdienne, par exemple.

Chez l'homme, et c'est à cette dernière que se rapportera ce que nous dirons par la suite, la vésicule ombilicale est piriforme, quelquefois oblongue, ou rapprochant d'un haricot pour la forme. D'après M. Velpeau, sa surface serait lisse, polie, l'aspect frangé, tomenteux, que lui donne M. Serres, étant toujours, selon lui, le résultat de quelques altérations, soit chimiques, soit pathologiques. Placée entre le chorion et l'amnios, où elle est entourée d'une substance assez peu connue (fluide de Rouhaut, corps réticulé de M. Velpeau), la poche vitelline est rarement libre entre ces deux membranes ordinairement accolée à la face de l'une ou de l'autre, surtout à la face interne du chorion, ou, d'après M. Flourens, elle serait fixée par sa grosse extrémité ou fond, à l'aide d'une petite tige chalaziforme qu'il lui aurait été possible d'injecter dans plusieurs circonstances; elle va, d'un autre côté, par sa petite extrémité, ou col, prendre un point d'attache sur l'intestin au moyen d'un autre prolongement filiforme, connu sous le nom de *canal vitellin*, prolongement qui, vers l'ombilic, se confond avec les vaisseaux omphalo-placentaires dans la gélatine de Warthon, et qui paraît destinée à établir une communication directe entre la vésicule et l'intestin.

Toujours, d'après M. Velpeau, que nous aimons à citer, parce que nul ne nous paraît plus compétent que lui en pareille matière, puisqu'il en a fait une étude toute spéciale, ce serait entre la troisième et la quatrième semaine que la vésicule ombilicale de l'homme atteindrait ses

plus grandes dimensions. Elle pourrait alors offrir un diamètre de deux à quatre lignes, et son pédicule ou canal vitellin, qui, à cette même époque, semble perforer l'amnios, de sorte qu'on le dirait divisé en deux parties, dont l'une serait comprise entre le rachis et le lieu qu'occupera l'ombilic; l'autre, entre ce dernier et la vésicule, ne lui aurait jamais offert plus de six lignes, et moins de deux lignes de longueur, sur un quart de ligne d'épaisseur. A partir de là, les changements successifs qui surviennent dans le petit appareil annoncent que le rôle transitoire qu'il était destiné à jouer va bientôt finir; ce sera désormais au placenta que l'embryon ira puiser la respiration et la vie. Et d'abord, la vésicule ombilicale, située entre deux membranes qui augmentent rapidement de volume dans les premiers temps qui suivent la conception, ne peut les suivre dans leur mouvement excentrique qu'autant que son pédicule subira un allongement égal à celui que subit le rayon de cercle que nous supposons appartenir aux membranes centrifuges. C'est ce qui a lieu. Le canal vitellin s'allonge sensiblement, mais, en même temps, il diminue proportionnellement de volume, de sorte qu'à cinq semaines il n'est déjà plus perméable de l'ombilic à la vésicule, tandis qu'il l'est encore du côté de l'intestin; mais cette portion du pédicule ne tarde pas elle-même à être complétement oblitérée, de sorte que sa totalité se trouve réduite à un simple cordon fibreux, extrêmement délié, qui disparaît plus tard par absorption sans doute, comme cela a lieu pour tout tissu organisé qui se trouve engagé dans l'économie vivante.

En même temps que ces changements s'opèrent dans le canal vitellin, la vésicule en subit d'autres qui doivent amener chez elle les mêmes résultats; à partir de la quatrième semaine, le liquide mucilagineux qu'elle contenait diminue rapidement, sa surface se ride, s'atrophie, les vaisseaux vitellins s'oblitèrent; mais ici l'oblitération a lieu de la vésicule à l'ombilic, c'est-à-dire, en suivant une marche inverse à celle qu'a suivie le pédicule en s'oblitérant; enfin, dès la sixième semaine, la vésicule ombilicale, que nous avons vue être de la grosseur d'une

noisette, se trouve réduite, et pour la forme et pour le volume, à offrir l'aspect d'une graine de coriandre un peu aplatie. A partir de ce temps, elle diminue de volume d'une manière presque insensible. jusqu'à trois mois et demi, époque à laquelle elle disparaît complétement, ainsi que son pédicule, de sorte que, passé ce temps, on ne doit plus guère s'attendre à trouver des traces de l'un ou de l'autre.

C'est sur la face interne du chorion, ou sur la face externe de l'amnios, à un pouce ou deux de l'insertion de la tige placentaire, que l'on trouve la vésicule ombilicale, lorsqu'elle existe encore au troisième mois; là, elle forme une sorte de relief que l'on pourrait très-bien prendre pour un épaississement de l'une ou de l'autre membrane, si l'on n'avait pas l'habitude de se livrer à de pareilles recherches.

Telle est, dans l'immense majorité des cas, l'époque à laquelle la vésicule ombilicale disparaît de l'œuf humain où elle ne laisse pas de traces de sa présenee. Nous savons, à la vérité, qu'il n'est pas très-rare de retrouver, à un terme beaucoup plus reculé de la gestation, à la fin même de cette fonction, des vésiculesre connaissables, situées, par rapport à la tige placentaire, à peu près comme nous l'avons établi plus haut. Mais ces cas ne peuvent point infirmer la loi générale que nous vons établie ; ils prouvent seulement qu'ici, comme partout ailleurs, il y a des exceptions.

Examinons maintenant la vésicule ombilicale sous le point de vue de sa communication avec l'intestin, et déterminons, autant que possible, le point de cet intestin sur lequel se fixe le canal au moyen duquel s'établit cette communication. Il serait plus qu'inutile, je pense. d'insister aujourd'hui, pour établir qu'une communication directe, au moyen d'un véritable canal, existe entre la vésicule et l'intestin. En effet, outre l'analogie parfaite que nous avons dit exister entre la vésicule et le sac vitellin des oiseaux, analogie qui seule serait peut-être une raison suffisante pour faire admettre, comme cela a lieu chez ces derniers, sa communication avec le tube intestinal chez l'homme. nous avons des faits qui ne permettent pas le moindre doute à cet égard. Ainsi M. Velpeau, dans son *Traité d'embryologie*, rapporte

deux observations qui sont bien propres à établir ce que nous avançons : dans la première, il dit que sur un ovule, dont il détermine l'âge, il put, au moyen d'une douce pression, faire passer le liquide de la vésicule dans la partie abdominale du canal vitellin; dans la deuxième, il ajoute que non-seulement le liquide passait dans le pédicule, mais qu'il se rendait vers l'extrémité coxygienne de l'embryon, où il se distribuait dans un canal qui, pour lui, est bien le canal intestinal. A ces deux observations de M. Velpeau, nous pourrions en joindre un plus grand nombre de Meckel; mais nous pensons qu'il suffit de dire que ce dernier, outre qu'il put également faire passer le fluide vitellin dans le tube intestinal, comme l'a fait M. Velpeau, il lui fut de plus possible de faire refluer, vers la vésicule, le fluide qu'il venait de faire passer dans l'intestin. Il paraît donc bien démontré qu'il y a une communication directe établie, au moyen d'un canal, entre la vésicule et le tube intestinal; si des hommes du premier mérite, Emmert Hæchstetter, n'ont point admis cette communication telle que nous l'entendons, si le génie de Cuvier a attribué à une véritable absorption, dont les vaisseaux omphalomésentériques seraient les organes, la nutrition de l'embryon pendant le temps qui précède la formation du placenta; que devons-nous en penser ?... Il nous siérait mal, à nous, de vouloir expliquer ce qui a pu induire ces grands hommes en erreur; nous devons ici encore rendre hommage à leur génie, et nous contenter de dire que, sur deux cents cas qui se sont présentés à l'observation de M. Velpeau, à peine s'en est-il trouvé trente dans les conditions normales sans lesquelles on ne peut obtenir aucun résultat valable. Notre conviction n'est donc nullement ébranlée par l'opinion de ces grands naturalistes, qui, d'ailleurs, n'ont que des faits négatifs à citer pour appuyer leur manière de voir. Et qu'est-ce que des faits négatifs, comparés à des faits positifs observés par des hommes tels que Meckel et M. Velpeau ?

Il ne nous reste donc aucun doute à cet égard : mais quel est le point de l'intestin où se fait cette communication ? Ou, en d'autres

termes, sur quel point de l'intestin vient s'implanter le pédicule de la vésicule ombilicale ?

Je pense qu'il serait difficile de répondre d'une manière bien précise à la question : d'après M. Oken, qui a fait de nombreuses recherches dans le but de déterminer ce point, ce serait à la réunion de l'intestin grêle et du gros intestin qu'elle aurait lieu, et le cœcum et son appendice, résultat de cette insertion, seraient des preuves permanentes de la justesse de ses observations sur ce point d'embryologie. A l'autorité de M. Oken, si l'on ajoute 1° que les vaisseaux omphalo-mésentériques qui accompagnent le pédicule se rendent souvent auprès du cœcum, dans les branches de terminaison des vaisseaux mésaraïques supérieurs ; 2° le fait rapporté par Cuvier, qui dit avoir observé sur un embryon de cochon un petit cordon fibreux qui se rendait au-dessus du cœcum, certes, l'opinion qui place l'insertion du pédicule à l'endroit sus-mentionné aurait quelque vraisemblance pour elle ; pourtant, en y réfléchissant sérieusement, on voit qu'il n'en doit pas être ainsi, et que c'est sur cette partie de l'intestin grêle, qu'on appelle *iléon*, que vient s'insérer le pédicule de la vésicule ombilicale. En effet, s'il en était comme le pense M. Oken, comment expliquerait-on la présence de deux cœcum chez le poulet, l'absence de ce même organe chez certains vertébrés, qui n'en ont pas moins une vésicule ombilicale ; et, d'un autre côté, que devrait-on penser de la plupart des traités d'*organogénésie*, qui s'accordent à dire que le tubercule d'où naîtra le cœcum existe en même temps que la vésicule, sur un point de l'intestin distinct de celui qu'occupe le pédicule de cette dernière, et un peu plus rapproché de l'extrémité rectale du conduit intestinal ? En voilà assez, je pense, pour faire voir que l'opinion de M. Oken n'est point admissible, et que le fait sur lequel il se fondait surtout, loin de tendre à établir sa manière de voir, la détruit, au contraire, de la manière la plus positive. Examinons maintenant sur quoi se fondent ceux qui veulent que ce soit sur l'iléon que s'insère le pédicule de la vésicule ombilicale : ici, tout semble se réunir pour établir cette dernière opinion : 1° l'organisation de l'intestin grêle qui, comme on le sait, est,

chez l'adulte, presque exclusivement destiné à l'absorption; 2° l'analogie, qui, dans ce cas surtout, ne peut pas manquer d'avoir une grande valeur, car, si on se le rappelle, nous avons dit qu'il y avait presque identité entre la vésicule et le sac vitellin; or, ce dernier se rend à l'iléon chez les ovipares, et chez certains d'entre eux (quelques reptiles), il laisse sur cette partie de l'intestin un appendice, ou diverticule, sur lequel existent encore les vaisseaux omphalo-mésentériques, appendice qui n'est autre chose que l'extrémité intestinale du conduit vitellin, qui n'a pu s'oblitérer dans cette partie de sa longueur. Outre ces raisons d'organisation et d'analogie, la science ne manque pas de faits à l'appui de ce que nous cherchons à établir: ainsi, Meckel dit avoir observé sur l'iléon de quatre fœtus de trois mois le diverticulum dont nous venons de parler; on pouvait encore y reconnaître les vaisseaux omphalo-mésentériques. Tiedeman a trouvé chez un fœtus la vésicule ombilicale accolée vers la fin de l'intestin grêle. Béclard aurait trouvé un cordon fibreux (qui ne peut être, selon lui, que les vestiges du canal vitellin) qui, du même intestin grêle, se rendait à l'ombilic; enfin, et c'est par là que nous terminons, Burdach semble avoir eu en vue d'établir le même fait, lorsqu'il dit dans son *Ovologie:* « De l'estomac part un prolongement de l'intestin qui s'avance dans l'évasement que forme alors le cordon ombilical; là, cette portion d'intestin se courbe en anse, et va un peu plus bas se continuer avec l'extrémité rectale de l'intestin. C'est, dit-il, sur le sommet de cette courbure, que s'insère le pédicule de la vésicule ombilicale, et un peu au-dessous de cette insertion, on voit en même temps le tubercule du cœcum. »

Nous croyons donc être autorisé à croire que c'est sur l'iléon que le pédicule vitellin s'insère; il paraît, du reste, que le point de cette insertion disparaît ordinairement à une époque beaucoup plus rapprochée de la conception que ne semblent l'établir les cas exceptionnels rapportés par Meckel. Quant à préciser exactement le point de l'iléon où se fait l'insertion, nous ne pensons pas que la nature ait à cet égard adopté un point unique et exclusif à tout autre.

En résumé, ce que nous venons de dire se réduit à reconnaître 1° l'existence de la vésicule ombilicale chez l'homme; 2° sa communication directe avec l'intestin au moyen de son pédicule ou canal vitellin; 3° l'insertion de ce pédicule sur la fin de l'intestin grêle ou iléon.

III.

Comment reconnaître l'acide acétique mélangé avec la matière des vomissements?

Entrer dans des détails propres à faire connaître la composition atomistique de l'acide acétique, ses propriétés, soit chimiques, soit physiques; énumérer les différentes substances et les moyens à l'aide desquels on peut l'obtenir; faire connaître les différences qui existent entre ce même acide, selon qu'on l'a obtenu de telle ou telle substance, serait évidemment faire l'histoire de ce corps, c'est-à-dire, répondre à une question tout autre que la nôtre. Supposant donc toutes ces considérations connues, nous les passons à dessein sous silence, et nous abordons de suite le sujet que nous avons à traiter.

Le médecin légiste, appelé par une autorité constituée à démontrer la présence de l'acide acétique dans une quantité donnée de matières provenant de vomissements, doit ici, comme dans tout autre cas de cette nature, commencer par s'enquérir des circonstances qui ont pu accompagner l'empoisonnement : ainsi, il s'informera si les matières vomies n'ont point produit quelques bouillonnements sur le carreau, il demandera si l'on n'a pas trouvé quelques taches sur le linge, et, dans ce cas, quel aspect elles avaient, etc., etc., et autres questions semblables, qui, comme on le voit, peuvent lui fournir les données les plus précieuses pour arriver, d'une manière et plus sûre et plus prompte, à la solution d'un problème aussi grave que celui de déter-

miner à quelle substance toxique on doit attribuer les accidents d'un empoisonnement.

Une fois ces informations prises, il pourra seulement alors passer à l'examen direct de la substance que l'on a confiée à ses recherches, et, pour cela, il commencera par séparer, au moyen de la filtration, la partie liquide de la partie solide, s'il en existe; puis, prenant dans une éprouvette une portion seulement de la liqueur ainsi obtenue (réservant le reste pour le soumettre à des expériences différentes), il cherche à constater sur cette portion et la réaction acide, et cette odeur analogue à celle du vinaigre, seule vraiment caractéristique de l'acide acétique. S'il obtient sur ces deux points des résultats positifs, on peut regarder le problème comme résolu; il n'y a pas à douter que la liqueur ne contienne de l'acide acétique, et l'on peut, sans plus d'essais, recourir de suite au seul procédé efficace que nous indiquons plus bas, pour séparer ce corps des matières avec lesquelles il peut se trouver mélangé. Mais la question ne se présente pas toujours avec autant de simplicité : en effet, il n'est pas rare de trouver des mélanges dans lesquels l'acide acétique entre, et qui n'ont ni la réaction acide, ni l'odeur qui caractérise ce dernier. Que faire en pareil cas? Ici, il faut l'avouer, les difficultés se multiplient, et ce n'est souvent qu'après bien des opérations faites dans le but, soit de clarifier la liqueur, de la concentrer, ou d'y déterminer des précipités, que l'on arrive à soupçonner la vérité, et que l'on se met en devoir de la rendre évidente.

Quoi qu'il en soit, sitôt que le médecin n'a plus qu'à constater la présence de l'acide acétique dans les matières sur lesquelles il expérimente, voici le procédé à suivre : Après avoir séparé par la filtration la partie solide de la partie liquide, comme nous l'avons déjà dit, il introduira cette dernière dans une cornue qui devra plonger dans un bain de chlorure de calcium , un ballon adapté au col de cette cornue, et communiquant, au moyen d'un tube, à un petit flacon contenant de l'eau distillée, complétera ce petit appareil. Il ne s'agira plus alors que de chauffer et distiller les matières presque à siccité;

l'acide acétique volatil viendra, avec les autres produits de la distillation, se rendre dans le ballon, et, là, déjà il offrira, quoiqu'à un degré peut-être peu marqué encore, les propriétés qui le caractérisent (la réaction acide, l'odeur). Que reste-t-il alors à faire pour l'obtenir pur et jouissant de toute l'intégrité de ses caractères? Il n'y a qu'à le séparer des produits qui se trouvent mêlés avec lui dans le récipient; et, pour cela, on commence par saturer les produits obtenus avec du carbonate de potasse pur, puis on les soumet à la distillation; mais, cette fois, on agira au bain-marie, ou à une chaleur modérée. Le résidu, évaporé à siccité, est de l'acétate de potasse (terre foliée de tartre), qu'il suffira de mettre dans une cornue avec la moitié de son poids d'acide sulfurique étendu de moitié d'eau, et de soumettre de nouveau à la distillation pour recueillir dans le récipient, que l'on aura eu soin de plonger dans un bain réfrigérant, un *liquide incolore, cristallisable à* 8°, *à odeur caractéristique, rougissant la teinture de tournesol, ne donnant pas de précipité avec les sels de baryte, de chaux, d'argent, brûlant à la manière de l'alcool, formant avec la potasse un sel très-déliquescent*, enfin jouissant de toutes les propriétés de l'acide acétique.

Si l'on voulait maintenant obtenir l'acide que peuvent contenir les matières solides séparées par la filtration, et qui auront été conservées soigneusement, on opérerait comme nous venons de faire pour la partie liquide; seulement il faudrait les étendre d'un peu d'eau avant de les soumettre à la distillation.

Je termine ce que j'ai à dire sur ce sujet, en faisant observer que, l'acide acétique se trouvant dans l'estomac même à l'état normal, et en des proportions qui peuvent augmenter sous l'influence de certaines causes pathologiques, ce ne doit être qu'avec une extrême réserve, et seulement d'après une dose considérable, que le médecin pourra consciencieusement conclure à quelques tentatives criminelles.

N. B. Lorsque les matières qui contiennent de l'acide acétique sont exposées au contact de l'air, il se forme souvent de l'ammoniaque qui,

se combinant avec l'acide, en masque totalement les propriétés. Dans ces cas, il faut : 1° traiter par la potasse ; 2° distiller avec l'acide sulfurique, comme nous avons dit plus haut.

IV.

Quelle est la valeur des signes fournis par les enduits de la langue ?

Il paraît que de tout temps, et chez tous les peuples, on a attaché beaucoup d'importance à l'examen des changements qui surviennent dans l'organe du goût, pendant le cours de certaines maladies : dès le temps d'Hippocrate, les différents enduits qui se manifestent sur la langue dans ces circonstances avaient éveillé l'attention des praticiens d'une manière toute spéciale; seuls ils suffisaient souvent pour engager le médecin à adopter tel ou tel mode de traitement, du moins c'est ce que semble nous autoriser à croire ce passage du père de la médecine, lorsqu'il dit, dans son livre sur les maladies : « L'existence d'un enduit sur la langue n'est que la manifestation au dehors de la surabondance de l'une des humeurs qui entrent dans l'économie: d'après sa nature, on reconnaît quelle est celle des humeurs qui se trouve en excès. »

Une telle confiance, reposant sur un seul signe, aurait dû, ce semble, être réduite à sa juste valeur avec le temps, et les progrès qu'a faits la science : il n'en a point été ainsi ; bien loin de là, elle s'accrédita de plus en plus, jusqu'à la fin du siècle dernier, où on la porta, on peut dire, jusqu'au ridicule. A cette époque, en effet, ce ne fut plus assez, pour certains médecins, de voir dans les enduits de la langue le résultat d'une cause générale, comme l'avait pensé Hippocrate; ils voulurent localiser cette cause, et Bordeu porta la prétention au point qu'il croyait pouvoir dire, à la seule inspection de la langue, *c'est*

telle ou *telle portion du canal intestinal qui souffre ; c'est le foie, c'est la rate.*

De nos jours on est bien revenu d'une confiance aussi aveugle, et à bon droit; car, après tout, il me semble que l'on ne doit voir, dans l'enduit dont nous parlons, qu'un trouble dans l'expression fonctionnelle de la muqueuse linguale, trouble qui s'étend souvent en même temps aux autres membranes de même nature qu'elle, et qui est bien plutôt le résultat du dommage que ressent l'organisme tout entier sous l'influence d'une cause morbifique quelconque, que celui d'une sympathie qui existerait entre la langue et un organe en particulier. Un grand nombre d'observations faites par M. Louis, d'autres également en grand nombre, appartenant à MM. Andral, Rostan, et consignées dans la thèse de M. Reignere (1824, N° 234), viennent à l'appui de cette manière de voir; ils prouvent, sans réplique, que les différents états, soit de l'estomac, soit de la poitrine, peuvent exister sans aucune coïncidence du côté de la langue; comme aussi ce dernier organe peut offrir toute espèce de désordres, sans qu'il existe la moindre lésion dans les poumons ou du côté du canal intestinal; nous nous croyons donc autorisé à croire qu'autrefois on s'est trop fié sur un seul signe, et nous n'hésitons pas à prononcer que des erreurs graves dans le traitement ont dû suivre l'erreur du diagnostic.

Mais, de ce que nous ne croyons pas devoir donner aux enduits de la langue la valeur absolue qu'on leur a donnée par le passé, il ne faudrait pas conclure que nous n'y attachons aucune importance; bien loin de là, nous pensons que les modifications, quelles qu'elles soient, qui surviennent dans cet organe pendant le cours d'une maladie, sont du plus précieux secours pour le praticien, et que si seules elles ne suffisent pas pour établir le siége d'une maladie, elles doivent au moins, quand elles sont réunies à certaines circonstances, entrer pour beaucoup dans les considérations qui feront adopter un mode de traitement. Le médecin ne peut donc se dispenser de faire l'examen attentif de la langue de son malade, car, outre les indications thérapeutiques,

il y trouvera encore les données les plus précieuses pour le pronostic.

Ici ce serait le lieu d'entrer dans des détails propres à faire connaître les différents enduits, leur valeur, soit pour le diagnostic, le traitement, ou le pronostic; mais pour remplir convenablement cette tâche il faudrait des connaissances que l'expérience seule peut donner : nous nous en tiendrons donc à ces généralités, espérant que l'on sera assez indulgent pour nous permettre de ne pas passer outre.



